A Velez (D. M.)

REGION LOMBAR

Y

MEDIOS DE EXPLORACION DEL RIÑON

POR ESTA VIA

Estudio presentado para el concurso de Profesor adjunto
de Anatomía Quirúrgica en la Escuela Nacional de Medicina de México

POR EL DR.

DANIEL M. VELEZ

Médico Cirujano de la Facultad de México, Ex-ayudante del Prosector
de Anatomía Descriptiva en la misma,
Profesor de Disección en la Escuela Práctica Médico-Militar



MÉXICO.
TERRAZAS IMP. S. JOSÉ DE GRACIA NUMERO 5.
(14 AVENIDA ORIENTE NUMERO 900)
1893.

Sr Dr
José Mª Bandera
Pte

REGION LOMBAR

Y

MEDIOS DE EXPLORACION DEL RIÑON

POR ESTA VIA

Estudio presentado para el concurso de Profesor adjunto
de Anatomía Quirúrgica en la Escuela Nacional de Medicina de México

POR EL DR.

DANIEL M. VELEZ

Médico Cirujano de la Facultad de México, Ex-ayudante del Prosector
de Anatomía Descriptiva en la misma,
Profesor de Disección en la Escuela Práctica Médico-Militar



MÉXICO.
TERRAZAS IMP. S. JOSÉ DE GRACIA NUMERO 5.
(14 AVENIDA ORIENTE NUMERO 900)
1893.

Con un cariñoso
recuerdo para mi querido
y sabio maestro el Sr
Dr José Ma Bandera.
Su discípulo
El autor

Jul 1º/13

AL HONORABLE CUERPO DE PROFESORES

DE LA E. NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO

ADMIRACION Y RESPETO

A LOS JOVENES ESTUDIANTES

DE LAS

ESCUELAS, NACIONAL DE MEDICINA

Y

PRACTICA MÉDICO-MILITAR

DE MÉXICO.

COMPAÑERISMO

Al elegir "La región lombar y los medios de exploración del riñón por esta vía," como tesis de concurso de anatomía quirúrgica me han guiado dos ideas principales, siendo la primera el haber visto que los autores clásicos no dan la suficiente importancia á algunos de los planos de una región tan accesible al cirujano y tan llena de aplicaciones prácticas, y siendo la segunda que teniendo en cuenta los adelantamientos de la patología renal, en la que muchas afecciones son susceptibles de ser tratadas por una operación, es absolutamente necesario el conocer los medios de exploración del riñón que nos puedan conducir á un diagnóstico preciso y, en consecuencia, á un tratamiento apropiado.

No digo nada nuevo y mi objeto es solamente llamar la atención sobre los puntos que señalo, después de haber reunido y condensado lo que se ha escrito sobre la materia.

Divido este pequeño trabajo en tres partes; la primera la titulo: "Consideraciones anatómicas" y me ocupo en ella de las relaciones de la 12ª costilla, del fondo de saco pleural y del Ligamento lombo-costal de

Henle; la segunda titulada "Medios de exploración;" se ocupa en la inspección, percusión, palpación, punción é incisión exploradoras; y la tercera que lleva el nombre de "Observación" refiere un caso de nefrectomía en el cual se pusieron en práctica algunos de los medios de exploración renal. Esta observación está tomada de la original leída por el Dr. Casimiro Preciado en la Sección de Cirujía del Primer Congreso Médico Mexicano y sus datos me constan personalmente por haber sido honrado por el Dr. Preciado con el cargo de primer ayudante en esta nefrectomía, la primera hecha en México con éxito.

Réstame antes de dar principio á mi trabajo, pedir á mis respetados jueces indulgencia para él, suplicándoles lo consideren únicamente como el fruto del estímulo que para el trabajo despiertan los concursos en nuestra Escuela Nacional de Medicina entre los médicos amantes de su profesión.

Junio de 1893.

DR. DANIEL M. VÉLEZ.

I

CONSIDERACIONES ANATOMICAS.

La región lombar corresponde sobre el esqueleto á las cinco vértebras lombares; es intermedia á las regiones, dorsal, sacra y glútea; presenta por límites: hacia arriba el borde inferior de la 12ª costilla, hacia abajo la mitad posterior de la cresta iliaca y hacia afuera el borde posterior del músculo grande oblícuo del abdomen. Las dos regiones, derecha é izquierda pueden ser consideradas como una región impar, mediana, simétrica, extendida de las últimas costillas á las dos crestas iliacas, del borde posterior del grande oblícuo derecho al del lado izquierdo y de la piel al peritoneo (Tillaux).

Las capas de que se compone la región son, yendo de la piel hacia el peritoneo:

1º La piel.

2º La capa célulo grasosa subcutánea.

3 º El aponeurosis lombar, al cual vienen á unirse los aponeurosis del gran dorsal, del gran glúteo, del pequeño dentado inferior, del pequeño oblícuo y la hoja superficial del aponeurosis del músculo transverso.

4 º La masa sacro-lombar.

5 º Los apófisis transversos, los músculos intertransversarios y la hoja media del aponeurosis del transverso. *La 12 ª costilla y el ligamento lombo costal de Henle.*

6 º Músculo cuadrado de los lomos y ligamento íleo-lombar.

7 º La hoja anterior del aponeurosis del transverso.

8 º Una capa visceral, compuesta del riñón con su atmósfera célulo grasosa y del colon. *El seno pleural.*

9 º El peritoneo.

En la 5.ª capa hemos colocado, *la 12 ª costilla y ligamento lombo costal de Henle* y en la 7.ª *el seno pleural.* Estos órganos merecen fijar nuestra atención en vista de las relaciones tan cercanas y tan importantes que ofrecen con el riñón, relaciones no descritas con claridad por los autores clásicos, los que sólo hacen mención de los órganos contenidos en las capas restantes, magistralmente descritas por Tillaux en su Anatomía Topográfica.

De la 12.ª costilla.—Siendo la última costilla la que forma hacia arriba el límite de la región lombar, por

la cual es acsesible el riñón, y hacia abajo el límite del tórax por su parte posterior y estando aplicado el riñón contra la cara anterior de la pared posterior del tórax, es de gran importancia conocer las variaciones, tanto de longitud como de dirección de esta costilla, al tratar de explorar la del riñón por esta parte.

Desde Pausch que en 1876 estudiando las relaciones del riñón demostró las variaciones frecuentes que en longitud presenta la 12ª costilla, diversos autores se han ocupado con interés en el problema, considerándolo como esencialmente práctico al hacer la exploración del riñón por la vía lombar. Asi Holl en sesenta cadáveres encontró que: 33 veces la 12ª costilla equivalía á los $\frac{3}{4}$ de la 11ª, 44 á $\frac{1}{2}$, 18 á $\frac{1}{3}$, 3 á un sexto y 1 á $\frac{1}{8}$; según Holl por cada veinte individuos habrá uno desprovisto de 12ª costilla.

Esta proporción es sin duda exagerada, pues Récamier habiendo examinado 100 individuos, bajo este respecto, no encontró uno solo en el cual faltase la 12ª costilla, encontrando dos con esta costilla de 0.015, varios con ella de 0.02 á 0.03 habiendo necesitado en estos últimos casos, reconocer la existencia de la articulación costo vertebral y la movilidad de la costilla, para poderla diferenciar de los apófisis costiformes de las vértebras lombares.

Récamier ha hallado diferencias de longitud de 0.02 á 0.03 entre la 12ª costilla derecha é izquierda y según sus observaciones ha encontrado: 27 últimas costillas de 0.13 á 0.14, 36 de 0.10 á 0.12, 13 de 0.07

á 0.09, 10 de 0.05 á 0.06 y 14 de 0.015 á 0.04. Estas diferencias de longitud han estado acompañadas de diferencias en la dirección. Récamier llama *largas* las costillas de 0.07 á 0.14 y *cortas* todas las inferiores á 0.07, siendo la costilla *corta* horizontal, aplastada y alojada bajo el ángulo de la 11ª y la *larga* oblícua, paralela á la 11ª y pasando de su ángulo. Esta última la ha encontrado siempre invariable.

En nueve individuos que he examinado desde este punto de vista, en el anfiteatro del Hospital Militar, he encontrado en todos la 12ª costilla, que medía 0.10 en cinco individuos, 0.07 en tres, y sólo en uno tenía 0.06 de longitud, siendo ésta una costilla *corta*.

Del fondo de saco pleural.—Los autores clásicos no suministran datos exactos acerca del nivel á que se encuentra el fondo de saco pleural inferior en la parte posterior del tórax y sólo Sappey indica que la serosa baja á 0.01 del borde inferior de la última costilla.

En las investigaciones que Récamier ha hecho sobre 20 individuos, ha encontrado que el saco pleural, en las partes laterales de la columna vertebral, desciende á 0.01 ó 0.015 abajo de la 12ª costilla, en seguida se dirige oblícuamente hacia abajo y afuera y á 0.05 ó 0.06 de la línea media encuentra á la 12ª costilla y se oculta delante de ella. En los casos de costilla corta, la pleura no modifica sus relaciones, yendo á ocultarse delante de la 11ª costilla á 0.10 ó 0.11 de

la línea media, enteramente como si hubiese encontrado en su lugar normal á la 12 ᵃ

En mis investigaciones he hallado el fondo de saco pleural de 0.008 á 0.01 abajo de la 12 ᵃ costilla y ocultándose delante de la 11 ᵃ de 0.10 á 0.12.

Teniendo en cuenta estas relaciones no creemos que sea posible hacer sin temor, como lo dice Czerny, la resección de un tercio de la 12 ᵃ costilla.

La semejanza de resultados dice Récamier, demuestra que el trayecto de la pleura debe de ser constante ó que al menos las variaciones son bastante raras, en consecuencia, en los casos de pequeñez de la última costilla, es necesario cuidar de considerarla como límite inferior de la pleura, tomando siempre la precaución de contar las costillas de arriba hacia abajo, como siempre que se opera en la región, con objeto de estar seguro de que la 12 ᵃ costilla no falta y poder referir á ella el nivel de la pleura. Asímismo es necesario respetar el ligamento lombo-costal en su parte externa, porque él es quien verdaderamente indica el límite que no debe franquearse, para estar seguro de respetar la pleura, pudiéndose desinsertar este ligamento del segundo apófisis transverso puesto que la pleura no desciende hasta ese punto.

Del ligamento lombo-costal de Henle.—La hoja media del aponeurosis del músculo transverso del abdomen se inserta al vértice de los apófisis transversos lombares y las fibras que parten de los dos primeros para insertarse á la 11 ᵃ y 12 ᵃ costillas cons-

tituyen en ese lugar un verdadero ligamento muy poderoso, que llena el espacio angular del vértice superior formado por la columna vertebral y la última costilla y cuyo borde cortante, claramente perceptible, es á lo que se ha llamado ligamento lombo-costal de Henle (Cruveilhier y Sappey.)

Cuando la 12ª costilla tiene su longitud normal este ligamento se inserta á su borde inferior y casi siempre hasta su vértice. Cuando es corta, el ligamento más fuerte y extenso en el sentido vertical va á fijarse al borde inferior de la 11ª más ó menos cerca de su vértice, pero debe hacerse notar que cualquiera que sea la longitud de la costilla, el borde inferior del ligamento, se encuentra casi siempre al mismo nivel.

Como se vé, dice Récamier, desde el punto de vista práctico las relaciones del riñón se encuentran modificadas y se aprecia fácilmente que sin la existencia de esta lámina fibrosa, toda esta parte del riñón que ella cubre, sería fácilmente accesible en el ángulo costo vertebral. Palpando la región lombar al través de los tegumentos, se reconoce fácilmente que el dedo no puede deprimir la pared en el ángulo costo vertebral. Es pues un obstáculo absoluto para la palpación á este nivel y en tanto que ésta lamina tensa y resistente no ha sido cortada, la cara posterior del riñón no es accesible sino en la pequeña porción que desborda hacia abajo del ligamento.

II

MEDIOS DE EXPLORACION.

Inspección.—Este medio de exploración no tiene para el riñón toda la importancia que para otros órganos, pues por la situación del riñón hacia adelante de un grueso plano músculo aponeurótico (región lombar) los tumores etc. desarrollados en el riñón, tienen tendencia á hacer un saliente hacia la cavidad del vientre y no modifican sensiblemente la forma de la región lombar.

Sin embargo cuando en un individuo de mediana gordura la depresión lombar se marca más de un lado que del otro, se debe presumir atrofia ó ausencia congénita del riñón de ese lado.

Le Dentu caracteriza esta disposición diciendo: "que el talle toma el aspecto de un talle de mujer del lado en que falta ó esta disminuido de volumen el riñón."

De la misma manera el aumento de volumen en un

lado, podrá ser debido á una hidronefrosis ó á un tumor.

Le Dentu considera de gran importancia el alumbrar la región al hacer esta exploración y recomienda la siguiente postura: "colocar al enfermo en cuatro pies, las rodillas y los codos apoyados sobre una cama dura ó un canapé, la parte posterior frente á la luz de una ventana; el observador se coloca del lado de la cabeza y por lo tanto frente á la luz."

Percusión.—Iniciado el limitar el riñón por medio de la percusión desde Piorry y Trousseau, varios autores después de ellos se han ocupado en el asunto, llegando Zuelzer y Pansch á concluir que la percusión merece poca confianza. Le Dentu piensa que en caso de ausencia de un riñón la sonoridad puede succeder más bruscamente á la macicez en el borde externo de la masa sacro-lombar, siendo éste un signo de valor cuando se comprueba claramente.

El Profesor Guyon no da importancia alguna á este medio de exploración, habiendo tenido oportunidad de percutir dos enfermos, uno nefrectomisado y el otro afectado de riñón móvil.

En efecto, el espesor, y la constitución anatómica de la pared posterior del vientre hacen muy difícil la exploración del riñón por medio de la percusión. Hacia las partes laterales del abdomen la percusión presta su ayuda en casos de desalojamiento ó de tumores voluminosos del riñón, siendo de indudable utilidad, efectuada por la pared abdominal anterior. Según Lloïd

el dolor á la percusión será indicio de la existencia de un cálculo renal. Un golpe seco en la región lombar provocará en el riñón un dolor agudo.

Palpación.—La palpación es el procedimiento más importante de la exploración mediata.

La palpación del riñón por la región lombar únicamente, salvo en algunos casos de ciertas mujeres, casos citados por el Profesor Guyon, es enteramente infructuosa. Por el contrario la palpación bi-manual ó *ballottement*, estudiada tan cuidadosamente por el Profesor Guyon es un poderosísimo medio de exploración renal.

El riñón normal es difícilmente sentido, aun por la exploración bi-manual y como justamente lo dice Récamier, no es sino en el estado patológico cuando la exploración tendrá buen éxito."

En el caso de la Sra. N. N. (observación al final) este fue uno de los signos que sirvieron para asegurar el estado sano de uno de los riñones y comprobar el estado de enfermedad del otro. Ninguna movilidad, ningún cambio de volumen ó consistencia y ningún dolor en el lado sano contrastaban con los signos opuestos en el lado enfermo.

En vista de la profundidad á que está colocado el riñón es enteramente necesaria una completa relajación muscular de las paredes que lo cubren, sobre todo, de la abdominal anterior.

Para el Prof. Guyon, cuya autoridad en la materia, es indiscutible, son indispensables en esta exploración

dos condiciones, primera, la posición del enfermo, y segunda, la manera de ejercer las presiones nescesarias.

La primera se obtiene colocando al enfermo en la posición horizontal sobre el dorso y con las piernas extendidas. Contraria á la práctica generalmente admitida de colocar los muslos en flexión sobre la pelvis con la idea de relajar la pared abdominal anterior, el Prof. Guyon, opina que para mantener los muslos en esta situación todo un grupo de músculos se encuentra en estado de vigilancia y que como consecuencia de esta ley de sinergia que rige las acciones musculares, este estado de vigilancia hace hasta cierto punto inevitable en un momento cualquiera, la contracción de los músculos de la pared abdominal anterior.

Respecto á la manera de ejercer las presiones necesarias, una vez que se ha hecho tomar al enfermo la posición indicada, el citado Prof. usa un artificio que designa con la expresión de "*exploración mesurada.*" Su principio es evitar toda presión durante la inspiración que dilata el vientre y utilizar la relajación y el corto momento de detención que produce la expiración, para ejercer las presiones y penetrar paulatinamente á las profundidades del vientre. Israël siguiendo este metodo y obligando á hacer al enfermo profundas expiraciones para aprovechar este momento en ejercer la palpación, dice haber sentido en la extremidad inferior de uno de los riñones un tumor del tamaño de una pequeña ciruela.

Glénard emplea un procedimiento de palpación, que

según Furbringer podría llamarse de *pellizcamiento* y que tiene sobre todo por objeto demostrar la movilidad renal. Con la mano izquierda, para el riñon derecho, el pulgar hacia adelante y el medio hacia atrás toma las partes blandas sub—yacentes al reborde costal y con la mano derecha deprime la pared anterior en la prolongación de la extremidad del pulgar izquierdo. La mano derecha está encargada de deprimir, el pulgar izquierdo, de palpar. Durante profundas inspiraciones se aumentan la presión entre los dedos pulgar y medio y la mano derecha vigila y evita el desalojamiento del riñón.

Sin pensar que por medio de la palpación se llegue á obtener una gran precisión en el diagnóstico los Profs. Guyon, Lidner y Le Dentu le conceden un gran valor y han obtenido por medio de ella resultados bastante notables.

En la observación que citamos los procedimientos de Guyon, Israël y Glénard fueron puestos en práctica dando todos ellos el resultado apetecido comprobación de un riñón enfermo y casi seguridad de un riñón sano.

En el método del Prof. Guyon, la mano anterior deberá colocarse paralelamente á la línea media sobre el músculo recto é inmediatamente abajo del reborde costal, manteniendo esta posición de la mano, en el lado derecho, y haciendo penetrar abajo de las costillas la extremidad de los dedos, en el lado izquierdo La mano posterior deberá obrar en el ángulo costo ver–

tebral, fácil de encontrar gracias á sus límites huesosos, y en el cual uno ó dos dedos podrán aproximarse lo más posible al órgano que se explora, deprimiendo gradualmente las partes blandas de este ángulo.

Cuando hay dolor acentuado, el Prof. Guyon, hace la palpación bajo la influencia del cloroformo, facilitándose en este estado la exploración, por la relajación muscular absoluta que se obtiene.

Por medio de la exploración bi-manual del riñón se obtienen datos sobre su sensibilidad, su volumen y su movilidad.

El riñón no siendo sensible en el estado normal, podemos, dice Récamier, asentar en principio que el dolor provocado por la presión, es un buen signo de alteración renal. El profesor Guyon lo ha comprobado repetidas vecès y le da gran importancia.

Se deberá buscar la reacción sensible por la presión posterior y la anterior aisladamente, combinándolas después.

La existencia de este dato es muy útil para el diagnóstico, sin que su ausencia tenga el valor de un síntoma negativo. En el caso que citamos, el riñón enfermo era bastante doloroso á la presión.

Hemos dicho al hablar de la percusión que Lloïd ha provocado dolor al verificarla, en caso de existencia de cálculo renal.

Siendo difícil la exploración del riñón normal por medio de la palpación, es fácil comprender que en casos de atrofia del órgano, el alcance de este medio de

exploración se encuentra aún más reducido. Por el contrario, debido á los perfeccionamientos que el profesor Guyon ha hecho á la exploración bi-manual y al descubrimiento del *ballottement* se puede actualmente apreciar aun un corto aumento de volumen del riñón. La maniobra se hace colocando las manos en la misma situación que para la palpación, el enfermo en la misma postura, pero la mano anterior no deprime sino ligeramente la pared, para disminuir simplemente la distancia que la separa del riñón, dejando, sin embargo, un espacio libre delante de él y en el cual puede moverse; las manos en esta situación imprimen movimientos al riñón, ejerciendo alternativamente presiosiones de corta duración.

Buscando el Prof. Guyon este signo, lo ha encontrado siempre en los casos de aumento de volumen y de abatimiento ligero y nunca cuando el riñón tenía su posición y volumen normal. Los tumores nacidos fuera de la región renal y que después invaden este órgano, no dan lugar al *ballottement* puesto que han tomado un punto de adherencia, que les quita la libertad de movimientos.

Por medio de esta práctica Récamier ha podido sentir las anfractuosidades de la superficie de un tumor maligno del riñón, detalle no apreciado con tanta claridad por la palpación simple.

El riñón puede desalojarse en diferentes direcciones y por la palpación se puede encontrar la movilidad

lombo-abdominal, la abdomino-lombar y la abdominal (Guyon).

La movilidad lombo-abdominal es el *ballottement*.

La movilidad abdomino-lombar, es característica de los riñones desalojados más ó menos hacia el abdomen; consiste en la vuelta absoluta ó relativa hacia la región lombar de un tumor colocado momentáneamente en el vientre por medio de la palpación bi-manual; según la extensión del movimiento así producido, Guyon distingue el primer grado, *establecimiento del contacto lombar*, que se encuentra en caso de tumores voluminosos, como una hidronefrosis, ó de adherencias fijando el riñón desalojado; y el segundo grado, *reductibilidad completa del riñón*, como existe frecuentemente en casos de riñón móvil. Por último la movilidad abdominal pertenece al riñón absolutamente flotante, y puede ser á la vez vertical y transversal y de movimientos muy extensos.

Punción exploradora. Teóricamente es indiscutible el valor de la punción exploradora del riñón, siendo ella la que en casos difíciles podría hacer reconocer la naturaleza de un tumor renal, pero la práctica ha enseñado que debe limitarse mucho este valor. Así el Prof. Guyon ha hecho en casos dudosos, tres punciones sin resultado, en una cuarta obtuvo orina; pero el diagnóstico de hidronefrosis estaba formulado sin este dato.

Morris y Newman le conceden un gran valor diagnóstico en caso de tumores líquidos, hidronefrosis,

pyo-nefrosis ó quiste hidático, pero ninguno en los tumores sólidos.

Barker ha encontrado un cálculo renal por la punción y la considera un medio fácil de diagnosticar los cálculos renales. Sin embargo, en el caso de Bilton Pollard varias punciones fueron hechas sin resultado y por la nefrotomía se extrajeron cuarenta y cinco cálculos.

Barlow y Godlee han descubierto por este procedimiento la naturaleza de un pequeño tumor haciendo saliente entre la 12ª costilla y la cresta iliaca, reconociendo en él un cálculo.

Chauffard para reconocer si un riñón hidro-nefrótico funciona aún, da salicilato de sosa al interior y lo busca en el líquido extraído del tumor por una punción capilar, en seguida para saber si el uréter está permeable inyecta en la bolsa renal una solución de fuschina y busca la coloración de las orinas (Récamier).

En caso de una extravasación urinosa peri-renal May Bennett ha aclarado el diagnóstico y hecho el tratamiento por medio de una punción.

Morris da los siguientes puntos de referencia para hacer la punción: á la izquierda puncionar á una pulgada (0. 025) abajo del último espacio intercostal, y á la derecha puncionar en un punto situado á igual distancia de la última costilla y de la cresta iliaca.

A pesar de los éxitos, y considerando que aun teniendo á descubierto el riñón por medio de una incisión, es muy fácil desconocer un cálculo, Récamier pre-

fiere la incisión exploradora, á la punción. Asímismo son de esta opinión Barwell, el Prof. Guyon, Olshausen, y hasta los mismos Morris y Barker.

Incisión exploradora. La demostración de la ausencia del riñón, de la disminución de su volumen y la apreciación de su consistencia, se escapan casi á los procedimientos de exploración mediata que hemos indicado; por lo tanto, es necesario buscar en otro medio de exploración el modo de llenar el vacío que nos dejan aquellos; este medio es la incisión exploradora.

Para Récamier, esta intervención está justificada en los siguientes casos: 1.° Cuando el diagnóstico es dudoso y se vacila entre un cálculo, un riñón tuberculoso, un tumor renal en su principio, una pielo-nefritis calculosa ó bien una supuración de otro origen. 2.° En ciertos casos de anuria por obstrucción del uréter. 3.° En las contusiones graves del riñón y 4.° para poder reconocer la existencia y el estado del riñón opuesto antes de ciertas nefrectomías.

A título de mención, no estando comprendido en nuestro programa, diremos solamente que para el diagnóstico de ciertas afecciones renales y del estado del riñón que se considera como sano, se dispone de un precioso medio de exploración, la cistoscopia, practicada entre otros cistoscopios, con el de Desormeaux.

Newman dice: la incisión antiséptica exploradora del riñón da al enfermo las mejores probabilidades de curación. El riñón puesto á descubierto será exami-

nado con cuidado y se extirpará en la misma sesión si se encuentra muy alterado.

En vista del gran número de incisiones exploradoras hechas en vano, como lo han demostrado en sus estadísticas Dickinson y Morris y en el supuesto de que la operación tuviese alguna gravedad estaría justificado el oponerse á ella, pero debe decirse que hay pocas operaciones cuya inocuidad sea mayor que la de la incisión lombar exploradora, como lo comprueban las estadísticas. La incisión no sólo es inocente sino que por sí sola ha sido benéfica en muchos casos de intervención sin resultado, en los que se ha notado un alivio muy apreciable, y de larga duración en algunos casos; después de la operación Gross ha reunido 23 casos de incisión exploradora y todos han curado de la intervención. Newman no ha tenido un solo caso de muerte en 42 operados de incisión exploradora lombar.

En los casos de órgano supurado, la estadística no es tan favorable, como lo dice Récamier, pero examinando los casos se ve que la lesión renal es el todo y que la incisión exploradora no añade sino poca gravedad al estado del enfermo.

Belfield considera la exploración del riñón como inofensiva y sirviendo no sólo para resolver un difícil problema de diagnóstico, sino para hacer menos peligrosa la nefrectomía subsecuente, por la canalización preliminar que establece.

Por último, las observaciones de Le Dentu y de Cha-

put demuestran á la vez la utilidad y la poca gravedad de la operación.

Dos vías han sido propuestas y practicadas para poner á descubierto y explorar el riñón, la vía lombar y la vía abdominal, pero siendo mi idea referirme tan sólo á la vía lombar, no me ocuparé de la vía abdominal, describiendo únicamente el manual operatorio de la incisión exploradora lombar.

El enfermo deberá estar acostado del lado sano, ligeramente inclinado hacia adelante, el cirujano se sitúa detrás y así permanece todo el tiempo de la operación; un ayudante colocado frente al enfermo deprime fuertemente el flanco aplicando el puño cerrado y dirige la compresión contra el riñón que se explora; esta maniobra á la cual Guyon, concede gran inportancia facilita mucho el descubrir el riñón, dando un punto de apoyo á los dedos que lo buscan (Récamier).

Dos incisiones principales han sido empleadas, la vertical de Simon y la oblícua de Morris y Le Dentu.

La incisión de Simon, vertical al nivel del borde externo del sacro-lombar, es practicada por muchos cirujanos, y algunos como Ollier, y Peau prolongan esta incisión hacia arriba sobre las costillas, hacia abajo sobre la región glútea, de manera á darse más espacio y poder alejar más fácilmente los bordes de la herida.

Por esta vía se abre la vaina del largo dorsal, alejándolo hacia adentro se corta la hoja anterior de esta vaina y se llega á la cara posterior del cuadrado lom-

bar el cual se debe desprender en parte de su inserción á la cresta iliaca ó cortar el borde externo; si se quiere alejarlo suficientemente, se corta la hoja anterior del aponeurosis del transverso, respetando el borde inferior del ligamento lombo costal de Henle y se llega sobre el riñón y su atmósfera celulosa.

Esta incisión más ó menos modificada es la empleada en Francia, y es la que lleva más directamente sobre el riñón; éste se encuentra en la parte superior de la incisión y según su mayor ó menor altura se toca más ó menos de su cara posterior hasta donde lo permite el borde inferior del ligamento lombo costal de Henle. La incisión vertical se aleja más del colon, pero en cambio no basta sino para palpar la cara posterior del riñón y expone á abrir la pleura (Recamier).

Czerny con la idea de aumentar las dimensiones de la incisión vertical ha propuesto resecar un tercio de la última costilla, práctica poco aceptable si se recuerda que la pleura desciende del nivel de la 12.ª costilla y que solo está protegida por el ligamento lombo costal de Henle.

La incisión oblícua de Le Dentu y Morris tiene por término medio 0.11 y se puede agrandar si es necesario; principia al nivel del borde externo de la masa sacro-lombar y á dos dedos abajo de la última costilla y se dirige oblícuamente hacia abajo y afuera, siempre paralela á la costilla. Después de haber cortado la piel el tegido celular sub-cutáneo y el fascia superficialis se llega á la parte externa del gran dorsal y la

posterior del grande oblícuo; se les divide en la extensión de la herida cutánea, en seguida se corta el pequeño oblícuo y el aponeurosis del transverso y se llega al riñón. La incisión se parece mucho á la de la colotomía lombar y acerca mucho el colon, que cuando está dilatado puede hacer hernia en la herida; en este caso se hará cesar la presión sobre la cara anterior del riñón para poder poner su cara posterior á descubierto.

Récamier reasumiendo las diferentes opiniones emitidas y atendiendo á su práctica considera la incisión oblícua preferible á la vertical porque da más espacio y permite alcanzar el riñón cuando está muy elevado.

Acompañando al Dr. Preciado á operar á la Sra. N. N., de nuestra observación, hemos podido explorar y en seguida extirpar con éxito un riñón, por medio de la incisión vertical de Simon.

Una vez que se ha llegado al riñón se principia la exploración digital, sin dar gran importancia á la exploración de *visu*, porque engaña fácilmente, un riñón muy alterado puede conservar su color normal.

Por medio del dedo se reconoce la cara posterior del órgano yendo hasta el pedículo y al principio del uréter de los cuales se puede apreciar la consistencia. La exploración no queda limitada á la cara posterior del órgano, sino que, como lo dicen Guyon, Morris, Le Dentu y Lucas Championiers, se puede despegando el borde externo, llegar con uno ó dos dedos á la cara anterior

y entonces es posible tomar el riñón por sus dos caras y apreciar entre los dedos su consistencia.

En el caso de la tantas veces citada observación de la Sra. N. N. pudimos comprobar claramente la posibilidad de la referida exploración.

Von Bergman recomienda evitar la desnudación de la cara anterior del riñón al hacer la exploración, por temor de no canalizar fácilmente esta parte en contacto con el peritoneo, pero creemos exagerados los temores de Von Bergman á este respecto.

Si la exploración digital no da signos positivos se puede practicar la acupuntura con agujas finas ó con un trócar delgado. A ejemplo de Morris, Bruce, Clarke, Belfield y Lloïd, Le Dentu hace una incisión franca en el parenquima renal si la acupuntura no da resultados ó deja alguna duda. Rècamier opina de la misma manera y añade: las heridas del riñón curan fácilmente; el peligro de la incisión es mucho menor que el de la nefrectomía y es preferible para el enfermo, conservar en algunos casos sus dos riñones.

Por una incisión de la substancia renal, Belfield, Morris, Le Dentu, etc., han podido hacer por medio del dedo ó de una sonda, la exploración de los cálices y las pelvicillas.

Bruce, Clarke y Hallé por un medio semejante han hecho el cateterismo retrógrado de los uréteres.

Una vez que la exploración se ha terminado, Morris reune con catgut los labios de la herida renal y de su cápsula; en seguida hace un plano de suturas profun-

das, reuniendo el aponeurosis del transverso, y el músculo pequeño oblícuo; en otro plano aproxima los bordes del gran dorsal y del grande oblícuo y por último sutura la piel.

El Profesor Guyon insiste sobre la utilidad de las suturas en planos, con objeto de prevenir una hernia, como lo ha visto Morris en un joven explorado por él y en el cual no hizo sino un plano de suturas.

Penetrados de esta idea de Guyon, el Dr. Preciado y yo, hemos colocado en nuestro caso varios planos de suturas después de establecer una canalización suficiente.

Cuando practica incisiones en el parenquima renal, Morris hace la canalización colocando un tubo desde esta incisión hasta la piel.

La curación antiséptica no presenta nada de especial y deberá ejercer una compresión moderada sobre la región; el enfermo guardará reposo absoluto.

OBSERVACION.

Señora N. N. de 45 años, casada, tuvo un solo hijo, sin antecedentes diatésicos, ni hereditarios, ni adquiridos. Sus padecimientos databan de cuatro años y principiaron por dolores en el hipocondrio y flanco izquierdo con irradiaciones hacia el muslo del mismo lado, más tarde calenturas *tercianas*, enflaquecimiento rápido, y abundante depósito en las orinas. En 11 de Agosto de 1891 consultó al Dr. Alberto Escobar quien diagnosticó una pielonefritis supurada, y practicó una nefrotomía extrayendo un cálculo renal del tamaño de una haba gruesa. La enferma mejoró por algún tiempo, conservando una fístula al nivel de la herida quirúrgica, pero reaparecieron los síntomas indicados y se acentuó el enflaquecimiento; su peso que algunos días después de la operación era de 146 libras, bajó á 82.

En estas circunstancias decidió consultar con el Dr. Casimiro Preciado á fines del mes de Septiembre de 1892.

El Dr. Preciado encontró á la enferma en un estado de sumo agotamiento físico y preocupación moral; presentaba al nivel de la región lombar izquierda una fístula de bordes fungosos que daba salida á pus sanguinolento y orina de mal olor; era el trayecto profundo y sinuoso. La orina, (60 gramos) extraída por medio de una sonda de Nélaton, fué examinada y reconocida como francamente purulenta. Nada anormal se encontró al hacer la exploración de la vejiga urinaria.

La palpación de los riñones, empleando los métodos de Guyon, Glénard é Israël fue siempre muy dolorosa para el riñón izquierdo é indolora para el derecho. Nada apreciable se encontró al hacer la exploración de los uréteres.

Por medio de una sonda de Nélatón y de una solución bórica al 3 %, el Dr. Preciado hizo un escrupuloso lavado de la vejiga hasta obtener la vuelta de la solución bórica enteramente limpia; en seguida esperando unos cuantos minutos, obtenía nuevamente por la sonda orina purulenta. Ni la exploración exterior ni el lavado de la vejiga causaron nunca molestia á la enferma.

La señora N. N. presentaba elevación de temperatura vesperal y sudores nocturnos.

Los órganos restantes se encontraron sanos.

En vista de este estado el Dr. Preciado diagnostica una *pielo-nefritis supurada de origen calculoso* y decide la intervención operatoria que tiene lugar el 6 de Octubre de 1892; el programa es: hacer una incisión ex-

ploradora renal y la extirpación del riñón en caso necesario.

Se toman con esmero todas las medidas de asepcia y antisepcia recomendadas actualmente, en la pieza, muebles, útiles é instrumentos, así como en la enferma quien toma un baño la víspera de la operación, cambia ropa y vacía su intestino por medio de un purgante.

El citado día, se ratifican todos los cuidados indicados, se vacía la vejiga y el intestino de la enferma y se la coloca en la mesa de operaciones; operador y ayudantes se cubren con batas, hacen el aseo de sus manos y se distribuyen los papeles.

Cloroformada la enferma y colocada en el decúbito lateral derecho, el Dr. Preciado hace una incisión de 0.15 siguiendo el borde externo de la masa sacro-lombar, corta la piel, el tejido celular sub-cutáneo y busca el triángulo de Petit, corta el aponeurosis y con la sonda acanalada separa los músculos que lo forman, coloca ganchos separadores en los ángulos de la incisión, aleja hacia adentro el borde externo del cuadrado lembar y desgarra con la sonda el aponeurosis del transverso; en seguida con el dedo separa la atmósfera célulo grasosa peri-renal (muy escasa en este caso) y llega á la cara posterior del riñón que toca en toda su extensión desgarrando algunos adherencias; se encuentran accesibles las dos terceras partes de la cara posterior abajo de la 12 ª costilla y del ligamento lombo costal; se despega el borde externo destruyendo sus adherencias y se llega á la cara anterior, pudién-

dose tomar el riñón entre los dedos; se encuentra éste blando en ciertos puntos, penetrando el dedo en algunos de ellos hasta formar cavidad. Se considera como inútil este riñón y se decide la extirpación; se acaba, no sin algunas dificultades el despegamiento de la cara anterior y se llega al pedículo; se coloca una pinza larga en éste y asegurada la tijera de la pinza al pedículo, se corta éste entre el riñón y la pinza. Extraído el riñón, se coloca una ligadura cruzada sobre el pedículo con catgut grueso y otra arriba de ésta, y se reduce; se colocan ligaduras en los vasos abiertos y se hace el aseo de la cavidad. Se canaliza la herida en su parte más declive por medio de dos tubos de cautchuc y se hace una cuidadosa sutura en varios planos hasta la piel; se completa la operación con una esmerada curación antiséptica yodoformada.

Los dos días siguientes á la operación, la enferma tiene fiebre y orina con pus sanguinolento, al sexto día resultan algunos puntos de úlcera, se sacan los tubos y se cura de fondo con gasa yodoformada.

La orina se aclara de día en día y aumenta, llegando á los 30 días á la cantidad de 1500 á 2000 gramos.

La herida quirúrgica se encuentra enteramente cicatrizada á los 40 días que se da de alta á la enferma; sana conservando una cicatriz fuerte que no cede con los esfuerzos del vientre.

El riñón extraído se encuentra en el Museo anatómico patológico, actualmente á mi cargo, en el Hospital Militar de Instrucción.